

Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems

Positionspapier der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften



 **SAMWASSM**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Hinweise zur Ausarbeitung dieses Positionspapiers

Der Arbeitsgruppe, die im Auftrag des SAMW-Vorstands das Positionspapier ausgearbeitet hat, gehörten die folgenden Persönlichkeiten an: Dr. Hermann Amstad, ehem. Generalsekretär SAMW, Basel; Prof. Nikola Biller-Andorno, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich; Prof. Manuela Eicher, Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne et Centre hospitalier universitaire vaudois; Prof. Michael Gerfin, Volkswirtschaftliches Institut, Universität Bern; Prof. Kathrin Glatz, Institut für Pathologie, Universitätsspital Basel; Susanne Hochuli, Präsidentin SPO Patientenschutz, Zürich; Prof. Samia Hurst, Institut Éthique Histoire Humanités, Université de Genève; Andrea Kern, MSc, wiss. Mitarbeiterin SAMW, Bern; Prof. Daniel Scheidegger, Präsident SAMW, Bern; Dr. Reto Schneider, Leiter Unternehmensentwicklung SWICA, Zürich; Dr. Markus Zürcher, Generalsekretär SAGW, Bern.

Nach Sichtung der Literatur und eingehenden Diskussionen hat die Arbeitsgruppe einen ersten Entwurf des Positionspapiers verfasst; diesen hat sie in einem Hearing von ausgewählten Expertinnen und Experten kommentieren lassen (Prof. Thomas Gächter, Lehrstuhl Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht, Universität Zürich; Dr. Alan Niederer, Journalist NZZ, Zürich; Helena Zaugg, Präsidentin SBK-ASI, Bern; Prof. Heike Bischoff-Ferrari, Lehrstuhl Geriatrie und Altersforschung, Universität Zürich; Dr. Gérard Escher, EPFL, Lausanne; Michael Jordi, Zentralsekretär GDK, Bern). Weitere Expertinnen und Experten haben zum Entwurf schriftlich Stellung genommen (Dr. Heinz Locher, Gesundheitsökonom, Bern; Dr. Piet van Spijk, Präsident Forum Medizin und Philosophie, Luzern; Prof. Arnaud Perrier, Clinique de médecine interne générale HUG, Genf; Charles Kleiber, ehem. Staatssekretär für Bildung und Forschung, Lausanne; Philomena Colatrella, CEO CSS Versicherung, Luzern).

Auf der Basis dieser Rückmeldungen entstand eine finalisierte Fassung, die vom SAMW-Vorstand an seiner Sitzung vom 17. September 2018 diskutiert und anschliessend verabschiedet wurde.

Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems

Positionspapier der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Herausgeberin

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
mail@samw.ch, www.samw.ch

Gestaltung

Howald Fosco Biberstein, Basel

Umschlagbild

Adobe Stock – blobbotronic

Druck

Jordi AG, Belp
1. Auflage 2019 (700 D, 300 F)

Die Publikation kann kostenlos bezogen werden: order@samw.ch
Englische Version auf www.samw.ch



Copyright: ©2019 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Dies ist eine Open-Access-Publikation, lizenziert unter «Creative Commons Attribution»
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Der Inhalt dieser Publikation darf demnach
uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden,
solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

Zitiervorschlag:

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2019)
Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems.
Swiss Academies Communications 14 (2).

ISSN (print): 2297 – 1793

ISSN (online): 2297 – 1807

DOI: doi.org/10.5281/zenodo.1922253



SDGs: Die internationalen Nachhaltigkeitsziele der UNO

Mit dieser Publikation leistet die Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften einen Beitrag zu SDG 3:
«Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten
und ihr Wohlergehen fördern»

sustainabledevelopment.un.org
www.eda.admin.ch/agenda2030 → agenda 2030
→ 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung

Executive Summary	5
1 Das Schweizer Gesundheitssystem in der Krise	7
1.1 Hoher Verbrauch an finanziellen, personellen und natürlichen Ressourcen	7
1.2 Reformen stossen auf Ablehnung	9
2 Eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems braucht Orientierung	11
2.1 Das Gesundheitssystem im Blindflug	11
2.2 Das Triple-Aim-Konzept als Kompass	13
3 Die drei Ziele eines nachhaltigen Gesundheitssystems	14
3.1 Ziel 1: Ein guter Gesundheitszustand der Bevölkerung	15
3.2 Ziel 2: Eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle Patientinnen und Patienten	16
3.3 Ziel 3: Ein verantwortungsvoller Umgang mit finanziellen, personellen und natürlichen Ressourcen	17
4 Der Weg zu einem nachhaltigen Gesundheitssystem	19
4.1 Die Akteure des Gesundheitssystems orientieren sich am Triple-Aim-Konzept.	19
4.2 Die Kantone schliessen sich zu wenigen Gesundheitsregionen zusammen.	19
4.3 Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz beginnt bereits im Kindesalter.	20
4.4 Die Schweiz kennt den Bedarf an Gesundheitsfachleuten und richtet die Anzahl Ausbildungsplätze danach aus.	21
4.5 Die notwendigen Daten für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung stehen zur Verfügung.	22
4.6 Nicht mehr nötige Interventionen entfallen aus dem Leistungskatalog.	22
4.7 Neue Vergütungsmodelle vermindern finanzielle Fehlanreize.	23
4.8 Der Bund legt eine Obergrenze für die Steigerung der Gesundheitsausgaben fest.	24
5 Das Gesundheitssystem der Zukunft	25
5.1 Umfeld/Kontext	26
5.2 Strukturen	26
5.3 Prozesse	28
5.4 Leistungserbringer	30
5.5 Krankenversicherer	31
5.6 Patientinnen, Patienten und Versicherte	31
5.7 Anreizsystem	32
6 Literatur	33
Anhang: Roadmap	35

Executive Summary

In den letzten Jahren hat es zahlreiche Vorschläge gegeben, wie das Schweizer Gesundheitssystem zu reformieren wäre. Die meisten Initiativen sind jedoch auf Skepsis oder Ablehnung gestossen. Die relevanten Akteure vertreten völlig unterschiedliche Interessen und ziehen entsprechend alle in unterschiedliche Richtungen. Die SAMW sieht sich deshalb veranlasst, mit einem Positionspapier auf diese verfahrenere Situation aufmerksam zu machen und Lösungsvorschläge zu präsentieren. Was es braucht, sind Reformen, die sich an gemeinsamen Zielen orientieren. Eine solche Orientierung für das Gesundheitssystem bietet das «Triple Aim»-Konzept; dessen Grundidee ist es, *gleichzeitig* aus einer *Public-Health-Perspektive*, einer *individualmedizinischen Perspektive* und einer *Nachhaltigkeitsperspektive* Ziele für das Gesundheitssystem zu formulieren.

Reformen sind umso dringender geworden, als die Kosten im Schweizer Gesundheitssystem seit Jahren kontinuierlich ansteigen. Es ist offensichtlich, dass die finanziellen, aber auch die personellen und natürlichen Ressourcen, die das Gesundheitssystem in seiner heutigen Ausprägung benötigt, nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen. Die Kostensteigerung ist nur das Symptom eines zentralen Widerspruchs, der an unserem System nagt: Das Gesundheitsverlangen ist unbegrenzt, die Ressourcen sind begrenzt.

Je mehr finanzielle Mittel der Staat für das Gesundheitswesen aufwenden muss, desto weniger stehen ihm für andere Aufgabenbereiche zur Verfügung. Falls dies z. B. zu Einschränkungen im Bildungs-, Sozial- oder Umweltbereich führt, kann dies langfristig den Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtern.

Die Deckung des Personalbedarfs mit ausländischen Fachleuten ist nicht nur ethisch problematisch, sondern auch langfristig unsicher, dann nämlich, wenn sich die ökonomischen Bedingungen in den Rekrutierungsländern verbessern oder sich die Attraktivität des Arbeitsmarktes der Schweiz nicht halten lässt.

Auf der Basis dieses Konzepts skizziert und erläutert das Positionspapier acht Massnahmen, die für die nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems als sinnvoll und notwendig erachtet werden:

1. Die Akteure des Gesundheitssystems orientieren sich am Triple-Aim-Konzept.
2. Die Kantone schliessen sich zu wenigen Gesundheitsregionen zusammen.
3. Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz beginnt bereits im Kindesalter.
4. Die Schweiz kennt den Bedarf an Gesundheitsfachleuten und richtet die Anzahl Ausbildungsplätze danach aus.
5. Die notwendigen Daten für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung stehen zur Verfügung.
6. Nicht mehr nötige Interventionen entfallen aus dem Leistungskatalog.
7. Neue Vergütungsmodelle vermindern finanzielle Fehlanreize.
8. Der Bund legt eine Obergrenze für die Steigerung der Gesundheitsausgaben fest.

Für die Medizin – als zentralen Teil des Gesundheitssystems – behalten zudem die in den 1990er Jahren vom Hastings Center formulierten «Goals of Medicine» ihre Gültigkeit:

- Die Prävention von Krankheiten und Verletzungen sowie die Förderung und Erhaltung der Gesundheit.
- Die Linderung von krankheitsbedingten Schmerzen und Leiden.
- Die Pflege und Heilung Kranker und die Versorgung von unheilbar Kranken.
- Die Vermeidung des vorzeitigen Todes und das Streben nach einem friedlichen Tod.

In Anlehnung an die «Goals of Medicine» betont auch dieses Positionspapier, dass das Ziel medizinischer Handlungen nicht zwingend die «Restitutio ad integrum» (d. h. die Heilung ohne bleibende Schäden) ist, sondern die Wiedererlangung der Fähigkeit, ein aus Sicht der Betroffenen sinnvolles Leben weiterführen zu können.

Das Positionspapier richtet sich an die Akteure des Gesundheitssystems, inkl. Patientinnen und Patienten: Sie alle sind eingeladen, den Blick über den eigenen Verantwortungsbereich hinaus zu wagen, zu realisieren, dass ein «Weiter wie bisher» nicht zukunftsfähig ist, und die notwendigen Korrekturen einzuleiten.

Ein erster Schritt ist bereits erfolgt: Die im Anhang enthaltene «Roadmap» wurde im Januar 2019 von zahlreichen Akteuren des Gesundheitssystems diskutiert, finalisiert und gutgeheissen.

1 Das Schweizer Gesundheitssystem in der Krise

«Wenn wir so weitermachen, fahren wir das System an die Wand»: In einem Interview mit der Schweizerischen Ärztezeitung wählte der SAMW-Präsident drastische Worte, um auf die Krise des Gesundheitssystems aufmerksam zu machen [1]. Es brauche neue Lösungsansätze und den Verzicht auf verschiedenen Ebenen, damit das Gesundheitssystem langfristig funktionsfähig bleibe. Was ist schiefgelaufen?

1.1 Hoher Verbrauch an finanziellen, personellen und natürlichen Ressourcen

In den letzten 100 Jahren ist die Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung stetig angestiegen, und auch der Gesundheitszustand der Bevölkerung hat sich markant verbessert. Dieser Erfolg wird oft primär dem medizinischen Fortschritt zugeschrieben. Dabei geht häufig vergessen, dass für diese positive Entwicklung in ebenso starkem Masse die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, der Arbeitsbedingungen, der Ernährungssituation und der Schulbildung verantwortlich war. Oder anders ausgedrückt: Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hängt nicht nur vom Gesundheitssystem¹ ab.

Das Gesundheitssystem beansprucht heute einen immer höheren Anteil an den vorhandenen finanziellen, personellen und natürlichen Ressourcen. Obwohl der Begriff der «Nachhaltigkeit» aus der Ökologie stammt und sich ursprünglich auf den Verbrauch natürlicher Ressourcen bezieht, kann er auch auf den Verbrauch anderer Ressourcen angewandt werden. Wenn die finanziellen und personellen Ressourcen zur Neige gehen, wird auch die Entwicklung des Gesundheitssystems eingeschränkt und damit dessen Anpassungsfähigkeit.

Die Kosten im Schweizer Gesundheitssystem steigen seit Jahren kontinuierlich und im Vergleich zur übrigen Kostenentwicklung überdurchschnittlich an; der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) ist von 7,5 % im Jahr 1990 auf 12,2 % im Jahr 2016 angestiegen [3]. Diese Tatsache allein wäre nicht weiter besorgniserregend. Problematisch hingegen sind die folgenden

1 Das Gesundheitssystem wird hier verstanden als die «Gesamtheit der Einrichtungen und Massnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur Krankheitsverhütung, Diagnostik und Behandlung von Gesundheitsstörungen, Krankheit und Unfall sowie zur nachfolgenden Rehabilitation» [2]. Neben dem Staat, der unter anderem durch Gesetze und Subventionen gestaltend eingreift, sind auch die Krankenversicherer (als Kostenträger) sowie die in der Medizin Tätigen (in ihrer Funktion als Leistungserbringer) Teil des Gesundheitssystems.

Begleiterscheinungen dieses Kostenanstiegs:

- Die Höhe der Krankenversicherungsprämien hat in der Zwischenzeit für viele Menschen und namentlich Familien die finanzielle Schmerzgrenze erreicht; dazu trägt bei, dass viele Kantone die Prämienverbilligungen eingefroren oder sogar reduziert haben. Es gibt bereits auch Hinweise darauf, dass Menschen aus finanziellen Überlegungen auf notwendige Arztbesuche verzichten [4].
- Die Kantone sind nicht nur mit der steigenden Last der Prämienverbilligungen konfrontiert, sondern auch mit den steigenden Spitalkosten. Gelder, die zusätzlich ins Gesundheitssystem fliessen, fehlen dafür in einem anderen Bereich (z. B. Bildung, Soziales oder Infrastruktur).

Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen; alle Prognosen gehen davon aus, dass die Gesundheitskosten auch in Zukunft stärker ansteigen werden als das BIP – bei gleichzeitig abnehmendem Grenznutzen: Jeder zusätzlich investierte Franken erbringt teilweise nur noch einen minimalen Mehrnutzen.

Der Kostenanstieg erscheint wie ein Naturgesetz: Niemand will dafür verantwortlich sein. Dazu passt, dass internationale Studien immer wieder die mangelhafte Governance des Schweizer Gesundheitssystems kritisieren [5].

Übertriebene Heilsversprechungen und falsche Hoffnungen, die von den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen (zunehmend aus dem aussermedizinischen Bereich) oder den Medien verbreitet und von Patientinnen und Patienten gerne aufgenommen werden, sind Treiber für zusätzliche und teilweise sinnlose Interventionen.

Auch die ungenügende Gesundheitskompetenz weiter Bevölkerungskreise [6] trägt dazu bei, dass die Erwartungen an das Gesundheitssystem zunehmen. Viele Menschen sind nicht mehr in der Lage, banale Erkrankungen als solche zu erkennen und selbst zu behandeln. Ebenso besteht eine Tendenz, gesellschaftliche Probleme (z. B. Stress am Arbeitsplatz) zu medikalisieren.

Die Schweiz weist im OECD-Vergleich eine vergleichsweise hohe Dichte von Gesundheitsfachleuten auf [5]; allerdings beruht diese wesentlich auf der Rekrutierung von Fachpersonen aus dem Ausland. Trotz dieser erheblichen Zuwanderung können heute jedoch bei weitem nicht alle Stellen in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens besetzt werden. Tatsache ist auch, dass die Schweiz, sowohl im Verhältnis zur Anzahl der heute hier tätigen Fachpersonen im Gesundheitswesen (insbesondere Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachper-

sonen) wie auch verglichen mit anderen Ländern, zu wenig Nachwuchs ausgebildet [7,8]. Es ist ethisch problematisch, wenn ein wohlhabendes Land anderen Staaten medizinische Spezialisten entzieht, deren Ausbildung teuer war und die in den Ursprungsländern selbst dringend gebraucht werden [9].

Im Gesundheitswesen sind 6,7 % der Bevölkerung beschäftigt; zusammen mit den rund 280 Spitälern und 1500 Pflegeheimen ergibt dies ein Volumen, das auch im ökologischen Bereich Fussabdrücke hinterlässt, z. B. beim Energie- und Wasserverbrauch, bei der Verwendung von Einwegmaterial oder bei der Belastung der Umwelt durch Schadstoffe.

Es ist offensichtlich, dass die finanziellen und personellen Ressourcen, die das Gesundheitssystem in seiner heutigen Ausprägung benötigt, nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen:

- Je mehr finanzielle Mittel der Staat für das Gesundheitswesen aufwenden muss, desto weniger stehen ihm für andere Aufgabenbereiche zur Verfügung. Falls dies z. B. zu Einschränkungen im Bildungs-, Sozial- oder Umweltbereich führt, kann dies langfristig den Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtern.
- Die Deckung des Personalbedarfs mit ausländischen Fachleuten ist nicht nur ethisch problematisch, sondern auch langfristig unsicher, dann nämlich, wenn sich die ökonomischen Bedingungen in den Rekrutierungsländern verbessern oder sich die Attraktivität des Arbeitsmarktes der Schweiz nicht halten lässt.

1.2 Reformen stossen auf Ablehnung

Die SAMW verfolgt diese Entwicklung mit grosser Sorge. Bereits 2012 hat sie ein Positionspapier zur «Nachhaltigen Medizin» veröffentlicht [10]; sie stützte sich dabei auf einen Aufsatz von Daniel Callahan, der 2004 [11] – in Anlehnung an die «Goals of Medicine» [12] des Hastings Centers – die Eckwerte einer «Nachhaltigen Medizin» skizziert hatte. Das Hauptproblem sah Callahan in der westlichen Fortschrittsidee; diese setzt – wenn man sie auf die Medizin überträgt – der Verbesserung der Gesundheit keine Grenzen, soweit man darunter die Herabsetzung der Sterblichkeit und die Erleichterung bei allen gesundheitlichen Beeinträchtigungen versteht. Es ist offensichtlich, dass sich ein solch unbegrenzter Fortschritt aus endlichen finanziellen Ressourcen nicht bezahlen lässt. Entsprechend brauche es eine endliche Sichtweise in der Medizin, eine, die nicht versuche, das Altern, den Tod und überhaupt die Krankheit zu überwinden, sondern nur, jedem zu helfen, einen vorzeitigen Tod zu vermeiden und ein anständiges,

nicht ein perfektes Leben zu führen. Eine nachhaltige Medizin verlagere den Schwerpunkt von der Länge des Lebens auf dessen Qualität.

Rasch zeigte sich jedoch, dass nicht allein die Medizin, sondern das Gesundheitssystem als Ganzes (vgl. dazu Fussnote 1) in der Krise ist. Die SAMW hat darauf 2014 mit der Roadmap «Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz» reagiert [13]. In den Monaten nach Veröffentlichung der Roadmap fanden mit jenen Akteuren des Gesundheits- und Bildungswesens, von denen die Roadmap konkrete Massnahmen erwartete, Treffen statt. Bei der abschliessenden Evaluation 2017 zeigte sich dann, dass zwar diverse Massnahmen umgesetzt sind, das Ziel jedoch – ein nachhaltiges Gesundheitssystem – noch lange nicht erreicht ist.

Inzwischen werden die mahnenden Stimmen lauter. In einem Anfang 2018 veröffentlichten Dokument spricht Avenir Suisse von einem bevorstehenden Systemkollaps [14]. Verzerrte, intransparente Preise, Quersubventionierungen, nicht abgestimmte, sich oft widersprechende Vorgaben der verschiedenen Akteure (Bund, Kantone, Krankenkassen, Spitäler etc.) führen zu nicht erwünschten Fehlanreizen und korrumpieren damit das System. Wer sicherstellen will, dass das Gesundheitssystem auch in Zukunft seine Aufgaben wahrnehmen kann, muss heute die dafür notwendigen Vorkehrungen treffen.

Zwar hat es zahlreiche Reformansätze gegeben (u. a. die bundesrätliche Strategie «Gesundheit 2020» [15] oder den Expertenbericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» [16]), doch sind diese meist auf Skepsis oder Ablehnung gestossen.

Die SAMW sieht sich deshalb erneut veranlasst, mit einem Positionspapier auf diese gefährliche Situation aufmerksam zu machen und Lösungsvorschläge zu präsentieren. Niklas Luhmann [17] hat die bedenkenswerte, mehrfach an verschiedenen Gesellschaftsbereichen aufgezeigte These formuliert, dass Systeme – wie es auch das Gesundheitssystem eines ist – autopoietisch und selbstreferenziell sind, das heisst, sie können nicht durch ein anderes System (Politik, Ökonomie etc.) reformiert werden. Ob diese These in ihrer Absolutheit zutrifft oder nicht, sei dahingestellt. Offensichtlich ist jedoch, dass über die letzten zehn Jahre die einer primär politischen und ökonomischen Logik folgenden Interventionen nicht erfolgreich waren. Es ist deshalb sinnvoll, wenn die durch ein spezifisches Fachwissen, aber auch durch besondere Werte und ein besonderes Berufsethos definierte Eigenlogik der Medizin wieder in Wert gesetzt wird.

Dies will dieses Positionspapier leisten, indem es von den inhärenten Zielen der Medizin ausgehend darlegt, wie ein nachhaltiges Gesundheitssystem auszugestalten wäre. Es richtet sich an alle Akteure des Gesundheitssystems, inklusive Patientinnen und Patienten: Sie alle sind eingeladen, den Blick über den eigenen Verantwortungsbereich hinaus zu wagen, zu realisieren, dass ein «Weiter so wie bisher» nicht zukunftsfähig ist, und die notwendigen Korrekturen einzuleiten.

2 Eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems braucht Orientierung

2.1 Das Gesundheitssystem im Blindflug

Die OECD und die WHO beschreiben in ihrem Bericht [5] die fehlende Datengrundlage als zentrale Schwäche des Schweizer Gesundheitssystems: «The paucity of information on health inequities and quality of care makes it difficult to assess whether Switzerland receives value for money for its major financial investment in health care.» So ist z. B. nicht bekannt, wie häufig bestimmte Erkrankungen und deren Kombinationen in der Schweiz vorkommen, ob sie rechtzeitig erkannt und behandelt werden und ob eine gute Koordination der Behandlung erfolgt, damit gefährliche Doppelspurigkeiten und unnötige Kosten vermieden werden.

Diese Situation ist umso beunruhigender, als das Gesundheitssystem aktuell mit grossen Herausforderungen konfrontiert ist. Dazu zählen nicht nur die demografischen Veränderungen, auch die Konsequenzen von Digitalisierung, Big Data und personalisierter Medizin sind im Moment noch nicht absehbar; diese könnten sowohl positiv als auch negativ sein. Darüber hinaus hat die Tatsache, dass grosse IT-Firmen wie Google und Apple oder die ETH Zürich und Lausanne sich im Gesundheitsbereich zu engagieren beginnen, disruptives Potenzial [18].

Das Gesundheitssystem sollte sich allerdings nicht allein an einem sich verändernden Bedarf oder an gerade aktuellen Trends orientieren, zumal unklar ist, welche Kostenfolgen damit verbunden sind. Was es braucht, ist ein Koordinatensystem bzw. sind Ziele, an denen die langfristige Entwicklung des Gesundheitssystems ausgerichtet werden kann.

Bis vor etwa fünfzig Jahren waren die unausgesprochenen Ziele der Medizin («heilen, und wo heilen nicht möglich ist, lindern») so selbstverständlich, dass zwischen den Zielen der Medizin und jenen des Gesundheitssystems kein Unterschied gemacht wurde.

Ein Bedarf nach Präzisierung der Ziele der Medizin entstand in jenem Moment, als sich die Medizin einerseits immer mehr fragmentierte und der medizinische Fortschritt andererseits zu Auswüchsen wie dem sogenannten «acharnement thérapeutique» führte. Die Medizin setzte in jeder Situation – auch bei sterbenden Patienten – das ganze ihr zur Verfügung stehende Instrumentarium ein; Lebensverlängerung um jeden Preis war das Ziel. Exemplarisch für die darauf erfolgte Gegenreaktion stehen die «Goals of Medicine», wie sie das US-amerikanische Hastings Center in den 1990er Jahren formulierte [12]:

- Die Prävention von Krankheiten und Verletzungen sowie die Förderung und Erhaltung der Gesundheit.
- Die Linderung von krankheitsbedingten Schmerzen und Leiden.
- Die Pflege und Heilung Kranker und die Versorgung von unheilbar Kranken.
- Die Vermeidung des vorzeitigen Todes und das Streben nach einem friedlichen Tod.

Auch die SAMW hat diese Diskussion aufgegriffen und 1999 das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» lanciert [19]. Im 2012 veröffentlichten Positionspapier «Nachhaltige Medizin» [10] hat sie die Bedeutung der «Goals of Medicine» bekräftigt.

Aus der Krise der Medizin ist in der Zwischenzeit eine Krise des Gesundheitssystems geworden. Gleichzeitig wirkt das Gesundheitssystem in der Schweiz orientierungslos. Zwar hat der Bund Anfang 2013 die Strategie «Gesundheit 2020» [15] veröffentlicht; die zahlreichen Akteure im Gesundheitswesen zeigten sich davon allerdings nur beschränkt beeindruckt. Ein ähnliches Schicksal erlitt der 2017 erschienene Bericht einer Expertengruppe, der zahlreiche interessante Massnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung skizzierte [16]. Die relevanten Akteure vertreten völlig unterschiedliche Interessen und ziehen entsprechend alle in unterschiedliche Richtungen. Lediglich in der Ablehnung des Expertenberichts waren sich für einmal fast alle einig.

Was es dringend braucht, sind Reformen, die sich an gemeinsamen Zielen orientieren («mission-oriented innovation»), ähnlich wie es mit den Sustainable Development Goals (SDG) auf internationaler Ebene versucht wird [20]. Eine solche Orientierung für das Gesundheitssystem bietet das «Triple Aim»-Konzept, das 2007 vom Institute for Health Care Improvement (IHI) entwickelt wurde [21].

2.2 Das Triple-Aim-Konzept als Kompass

Die Grundidee des Triple-Aim-Konzepts ist es, gleichzeitig aus einer Public-Health-Perspektive, einer individualmedizinischen Perspektive und einer Nachhaltigkeitsperspektive Ziele für das Gesundheitssystem zu formulieren [22]. Die drei Ziele lauten wie folgt:

1. Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung
2. Verbesserung der Patientenerfahrung bei der Versorgung (einschliesslich Qualität und Zufriedenheit)
3. Senkung der Gesundheitskosten pro Kopf

Das Gesamtziel kann nur erreicht werden, wenn jede der drei Dimensionen erfüllt ist. Das heisst, eine medizinische Intervention oder Einrichtung ist unter folgenden Gesichtspunkten zu hinterfragen: Reagiert sie auf ein relevantes gesundheitliches Problem in der Bevölkerung (oder handelt es sich um verzichtbare, angebotsinduzierte «Luxusangebote»)? Trägt sie dazu bei, dass es dem Patienten besser geht? Trägt die Intervention letztlich zur Senkung der Gesundheitsausgaben bei? Roboterassistierte Operationen z. B. erhöhen möglicherweise die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten; der Nachweis einer besseren Qualität konnte jedoch bisher nicht erbracht werden. Ebenso wenig verbessert diese Art der Eingriffe die Gesundheit der Bevölkerung, und die Gesundheitskosten vermindert sie auch nicht.

Die Massgabe der Kostensenkung ist aus dem US-amerikanischen Kontext heraus zu verstehen, in dem die Gesundheitsausgaben inzwischen 18 % des BIP erreicht haben, ohne eine flächendeckende Versorgung zu erreichen. Für die Schweiz kann man eine Adaptation des Ziels in Richtung auf Dämpfung des Kostenwachstums erwägen. Andererseits betragen auch in der Schweiz die Gesundheitsausgaben inzwischen gut 12 % des BIP mit einem hohen Anteil an privaten Ausgaben; gemäss einem aktuellen Bericht vermeiden 20 % der Bevölkerung Arztbesuche aus Kostengründen [4]. Zugleich werden politische Anstrengungen zur Kostendämpfung intensiviert [16].

Vor diesem Hintergrund ist das Triple-Aim-Konzept auch für die Schweiz relevant. Der Vorteil des Triple-Aim-Konzepts ist der explizite Einbezug der Bevölkerungsebene; dadurch richtet sich der Blick nicht allein auf die Qualität der individuellen Versorgung, sondern auch auf Priorisierungs- und Verteilungsfragen. Es ist absehbar, dass sich das Schweizer Gesundheitssystem diesen Fragen über kurz oder lang wird stellen müssen.

3 Die drei Ziele eines nachhaltigen Gesundheitssystems

Bereits das SAMW-Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» [23] hat Bezug auf das Triple-Aim-Konzept genommen, weil dieses die Integration medizinischer und ökonomischer Ziele anstrebt. Das Gesamtziel kann nicht erreicht werden, wenn eine Dimension wegfällt. Das bedeutet nicht, dass immer Einigkeit besteht, wie das Gesamtziel genau zu definieren und zu erreichen sei. Eine kontinuierliche, konstruktive Auseinandersetzung ist dafür notwendig, sowohl auf der Ebene des gesamten Gesundheitssystems als auch auf der Ebene der einzelnen Gesundheitseinrichtungen, die zur Umsetzung des Ziels beitragen. Ökonomisches Denken in der Medizin ist somit im Sinne eines nachhaltigen Gesundheitssystems wünschenswert, darf sich aber nicht als Bedrohung für eine «gute» Medizin auswirken.

Dabei kann es hilfreich sein, sich trotz unterschiedlicher Positionen in einzelnen Fragen auf das Triple-Aim-Konzept als eine gemeinsam geteilte Vision zu beziehen, im positiven wie im negativen Sinne: Was braucht es in jedem Fall in der individuellen Patientenversorgung und der Versorgung der Bevölkerung? Oder negativ formuliert: Was dürfen wir in der Gesundheitsversorgung auf keinen Fall verlieren?

3.1 Ziel 1: Ein guter Gesundheitszustand der Bevölkerung

Public Health befasst sich, im Gegensatz zur Individualmedizin, nicht mit der Gesundheit des Einzelnen, sondern mit der Gesundheit der Bevölkerung als Ganzes. Ursprünglich ging es dabei um die Eindämmung verbreiteter Infektionskrankheiten; daraus entwickelte sich mit der Zeit ein umfassendes Verständnis, wie Krankheiten in Populationen entstehen und sich verbreiten und wie sie bekämpft werden können.

Die meisten Länder sehen sich in der einen oder anderen Form in der Pflicht, für die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger zu sorgen. Mit Hilfe von Indikatoren lässt sich der Gesundheitszustand einer Bevölkerung beschreiben (z. B. durchschnittliche Lebenserwartung, Neugeborenen-Sterblichkeit, Mütter-Sterblichkeit usw.). In der Regel hängt der Gesundheitszustand einer Bevölkerung mit dem Wohlstand eines Landes zusammen – allerdings nicht immer: So sind in den USA (dem Land mit den höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf) die Mütter- und die Neugeborenen-Sterblichkeit höher und die Lebenserwartung tiefer als in vielen anderen Ländern mit deutlich geringeren Gesundheitsausgaben.

Nicht jede individualmedizinisch angezeigte Intervention macht aus einer Public-Health-Perspektive Sinn. So kann z. B. der ungezielte Einsatz von Screeningverfahren zwar im Einzelfall eine Krankheit frühzeitig erkennen lassen, insgesamt aber zu sehr vielen falsch-positiven Befunden und unnötigen Zusatzuntersuchungen führen und damit im Endeffekt mehr Schaden als Nutzen bewirken. Umgekehrt kann mit Public-Health-Massnahmen (z. B. Tabak- und Alkoholprävention, Verkehrs- und Arbeitsplatzsicherheit) die Zahl von Erkrankungen und Todesfällen substanziell vermindert werden.

Dieses Ziel wird durch die folgenden Unterziele konkretisiert:

Die Gesundheitsversorgung orientiert sich am Solidaritätsprinzip.

Alle Patientinnen und Patienten, also auch solche aus sozial benachteiligten Schichten oder mit seltenen Krankheiten, haben Anspruch auf einen bedarfsgerechten Zugang zu notwendigen Leistungen. Für teure Behandlungen wird es weiterhin notwendig sein, dass die Bevölkerung als Kollektiv über eine obligatorische Grundversicherung die Behandlungskosten übernimmt und die Kosten nach dem Solidaritätsprinzip verteilt. Zusatzversicherungen decken darüber hinaus «nice to have»-Bedürfnisse ab.

Die Bevölkerung hat eine hohe Gesundheitskompetenz.

«Gesundheitskompetenz» umfasst die Fähigkeiten, das Wissen und die Motivation der Bevölkerung, von Bevölkerungsgruppen bzw. von Einzelpersonen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Dadurch wird es ihnen möglich, selber eine Meinung zu entwickeln und im Alltagsleben Entscheide und Handlungen umzusetzen bezüglich Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Krankheitsbehandlung. Zudem sind sie sich der finanziellen Auswirkungen ihrer Entscheidungen bewusst.

3.2 Ziel 2: Eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle Patientinnen und Patienten

Die individualmedizinische Perspektive steht selbstverständlich und schon immer im Zentrum des Gesundheitssystems. Auch die «Goals of Medicine» [12] nehmen diese Perspektive ein: Jede Patientin und jeder Patient soll die Gewissheit haben, dass ihre Schmerzen und Leiden gelindert werden, dass sie behandelt und gepflegt werden, wenn sie krank sind, dass sie betreut werden, wenn sie unheilbar krank sind, und dass ihnen ein würdevolles Sterben ermöglicht wird. Darüber hinaus sollen sie aber auch darauf vertrauen können, dass sie Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und dass ihre Anliegen ernst genommen werden. Für die Medizin – als Teilgebiet des Gesundheitssystems – sind die «Goals of Medicine» auch in Zukunft eine wichtige Richtschnur.

Das zweite Ziel des Triple-Aim-Konzepts wird durch die folgenden Unterziele konkretisiert:

Die Gesundheitsversorgung stellt die Anliegen des Patienten, der Patientin ins Zentrum.

Es ist Aufgabe der Gesundheitsfachleute, zusammen mit den Patientinnen und Patienten die individuell beste Vorgehensweise im Krankheitsfall zu definieren. Ziel medizinischer Handlungen ist dabei nicht zwingend die «Restitutio ad integrum» (d. h. die Heilung ohne bleibende Schäden), sondern die Wiedererlangung der Fähigkeit, ein aus Sicht der Betroffenen sinnvolles Leben weiterführen zu können. Dabei können Leitlinien eine Hilfestellung sein, dürfen aber nicht zum Mass aller Dinge werden. Begründete Abweichungen von Leitlinien müssen ohne Nachteil für den Patienten, den behandelnden Arzt oder die Gesundheitseinrichtung in jedem Fall möglich sein. Insbesondere der Verzicht auf medizinische Massnahmen sollte in Indikationenboards oder bei Arzt-Patienten-Interaktionen häufiger als Option zur Diskussion gestellt werden.

Erkrankte Menschen haben in der Regel das Bedürfnis, in einer vertrauensvollen Umgebung betreut zu werden. Vertrauen entsteht in erster Linie in der direkten Interaktion von Mensch zu Mensch. Eine informierte Entscheidung mit beiderseitiger Übernahme von Verantwortung kann bei komplexen Situationen (insbesondere in aussichtsloser Lage am Lebensende oder in den letzten Lebensjahren) nur gelingen, wenn genügend Zeit für die menschliche Interaktion zur Verfügung steht und die Gesundheitsfachpersonen die erforderlichen Sozialkompetenzen besitzen.

Die Gesundheitsversorgung erfolgt evidenzbasiert.

Qualitativ hochstehend ist die Gesundheitsversorgung dann, wenn sie (neben der Orientierung an Patientenbedürfnissen und an den Möglichkeiten des Kontextes) evidenzbasiert erfolgt, das heisst, wenn die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der zum Einsatz kommenden Interventionen belegt ist. Die Gesundheitsfachleute sollten über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um die Evidenz richtig einschätzen und die Indikation für eine Intervention korrekt stellen zu können und somit das mit den vorhandenen Ressourcen optimale Behandlungsergebnis für die Patientinnen und Patienten zu erzielen; ebenso müssen die relevanten Daten vorliegen, um die Evidenz mittels Versorgungsforschung kontinuierlich überprüfen zu können. Guidelines sollten vermehrt auch den Verzicht auf eine Intervention empfehlen, wenn diese schädlich, unwirksam oder zu wenig wirksam ist.

Zusätzlich ist die Publikation aller Resultate klinischer Studien vorzusehen, auch wenn diese negativ verlaufen sind (falls nicht in Journals, dann zumindest in Open-Access-Repositories); nur so lässt sich ein «Publication Bias» und damit eine unrealistische und übertrieben positive Darstellung der Wirksamkeit neuer diagnostischer oder therapeutischer Verfahren verhindern.

3.3 Ziel 3: Ein verantwortungsvoller Umgang mit finanziellen, personellen und natürlichen Ressourcen

Das zentrale Problem des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems (also des durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung [OKP] abgedeckten Bereichs) besteht darin, dass zu wenige sich so verhalten, als seien die Ressourcen begrenzt: Zudem verhindern fehlende Kosten- und Preistransparenz, die Asymmetrie des Wissens, der Schutz der Patienten vor Behandlungskosten durch die Existenz von Krankenversicherungen sowie ein vielfach regulierter Markt, dass

wirtschaftliche Mechanismen funktionieren. Es ist im Übrigen umstritten, ob diese Mechanismen in der Lage wären, das Wohl der Patienten zu vergrößern und, erst recht, ein nachhaltiges Gesundheitssystem zu fördern. Wie auch immer, im aktuellen Zustand des Gesundheitssystems können alle Beteiligten ihre Partikularinteressen verfolgen, ohne Rücksicht auf die Konsequenzen für die Gesellschaft. Ein solches System kann nicht nachhaltig sein.

Das Ziel eines verantwortungsvollen Umgangs wird durch die folgenden Unterziele konkretisiert:

Die öffentliche Finanzierung des Gesundheitssystems führt nicht zur Beeinträchtigung anderer staatlicher Aufgaben.

Aktuell haben die Kantone einen namhaften Teil der Spitalkosten zu übernehmen. Ebenso nehmen aufgrund der steigenden Prämien die Ausgaben für Prämienverbilligungen stetig zu. Bei fixen kantonalen Budgets führen die stetig wachsenden Gesundheitskosten automatisch dazu, dass in anderen Bereichen (z. B. Bildung, soziale Sicherung) gespart werden muss, was sich negativ auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirken kann. Entsprechend müssen die Kosten, die für das Gesundheitssystem ausgegeben werden, anteilmässig begrenzt werden.

Die OKP-Kosten im Gesundheitssystem sind transparent dargestellt und adäquat auf die Stakeholder verteilt.

Die Kosten- und Preistransparenz im OKP-Bereich ist eine Voraussetzung für das Funktionieren von wirtschaftlichen Mechanismen; zudem ist sie notwendig, um die Kosten der erbrachten Leistungen kontrollieren zu können. Sie gibt den Akteuren klare Informationen über die finanziellen Konsequenzen ihres Handelns.

4 Der Weg zu einem nachhaltigen Gesundheitssystem

Die SAMW skizziert nachfolgend jene Massnahmen, die aus ihrer Sicht zu einer nachhaltigen Entwicklung des Gesundheitssystems beitragen. Einige dieser Massnahmen waren teilweise bereits im SAMW-Positionspapier «Nachhaltige Medizin» [10] enthalten, sind aber weiterhin relevant und aktuell. Wenig überraschend finden sich zudem zahlreiche Massnahmen, die auch der bereits mehrfach erwähnte Expertenbericht über «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» [16] vorgeschlagen hat. Die Koinzidenz ist einerseits zufällig – die beiden Gremien haben unabhängig voneinander gearbeitet – und andererseits auch nicht zufällig: Die meisten der Massnahmen drängen sich bei unvoreingenommener Sichtweise geradezu auf.

In einer Roadmap (siehe Anhang) hat die SAMW dargelegt, in welchen Teilschritten und von wem die einzelnen Massnahmen umzusetzen sind.

4.1 Die Akteure des Gesundheitssystems orientieren sich am Triple-Aim-Konzept.

Das Triple-Aim-Konzept eignet sich auf jeder Ebene des Gesundheitssystems als Orientierungsrahmen: auf der lokalen (Spitäler, Gesundheitszentren), regionalen (Gesundheitsregionen) und nationalen. Die zuständigen Akteure definieren für ihren Bereich und im Dialog untereinander, wie sie das Triple-Aim-Konzept konkretisieren und umsetzen wollen. Sie stützen sich dabei auf die Erfahrungen, die andernorts mit diesem Konzept bereits gemacht wurden [22]. Für die Gesundheitsfachleute sind zudem die «Goals of Medicine» [12] eine wichtige Richtschnur bei ihrer täglichen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten.

4.2 Die Kantone schliessen sich zu wenigen Gesundheitsregionen zusammen.

Das Schweizer Gesundheitssystem hat ein Governance-Problem: Die heutige kleinräumige Struktur erschwert bzw. verunmöglicht eine sinnvolle Steuerung. Aufgrund ihrer föderalistischen Tradition verbietet sich für die Schweiz eine zentralistische Lösung. Die SAMW sieht die Lösung in der Schaffung von

wenigen Gesundheitsregionen. Innerhalb dieser Regionen könnte das medizinische Angebot wesentlich effektiver gesteuert werden, als dies in den sehr unterschiedlichen Kantonen möglich ist. Jede Gesundheitsregion umfasst idealerweise rund 1,5 Mio. Einwohner/-innen und ist Sitz eines Universitätsspitals.

4.3 Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz beginnt bereits im Kindesalter.

Gesundheitskompetenz wird nicht primär durch oder im Gesundheitssystem vermittelt. Zwar können Gesundheitsfachpersonen Patientinnen und Patienten bei ihren Entscheidungen wichtige Hilfestellungen leisten. Gesundheitskompetenz sollte aber bereits vor einem möglichen Eintritt in das Gesundheitssystem vorhanden sein. Das Bildungswesen sowie niederschwellige Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme müssen deshalb bereits Kinder mit geeigneten Instrumenten erreichen. In der Regel ist Gesundheitskompetenz abhängig vom erreichten Bildungsstand. Namentlich Kinder aus bildungsfernen Familien profitieren deshalb besonders von einem Ausbau des Bildungsangebotes.

Das Wissen macht im Übrigen nur einen Teil der Gesundheitskompetenz aus. Die Möglichkeit, im Gesundheitsbereich einen informierten und freien Entscheid zu treffen, hängt nicht nur davon ab, ob man die vorhandenen Informationen versteht. Sie hängt auch von den materiellen Bedingungen ab und davon, wie leicht verfügbar die infrage kommenden Wahlmöglichkeiten sind.

Die Digitalisierung und die Möglichkeiten der künstlichen Intelligenz eröffnen den Patienten einerseits neue Möglichkeiten, sich über präventive Massnahmen und die eigenen Krankheiten zu informieren. Andererseits wird es für Laien und Experten zunehmend schwierig, aus der grossen Menge an verfügbaren Informationen unterschiedlichster Qualität die für den individuellen Patienten und seinen individuellen Kontext relevanten und evidenzbasierten Informationen herauszufiltern und diese korrekt zu interpretieren oder daraus für das Individuum geeignete Massnahmen abzuleiten. Gesundheitsfachleute werden deshalb zunehmend als Beraterinnen und Berater gefragt sein.

4.4 Die Schweiz kennt den Bedarf an Gesundheitsfachleuten und richtet die Anzahl Ausbildungsplätze danach aus.

Trotz der Anstellung einer grossen Zahl von ausländischen Gesundheitsfachleuten ist es in der Schweiz immer noch schwierig, alle Stellen im Gesundheitsbereich zu besetzen. Falls sich die Anstellungsbedingungen in den Herkunftsländern plötzlich verbessern, könnte der Personalmangel rasch und markant zunehmen. Es ist notwendig, dass die Verantwortung und die Kompetenzen bei der medizinischen Behandlung von Patienten neu überdacht und geregelt werden, dies auch im Hinblick auf neue Versorgungsstrukturen wie «Gesundheitsstationen» oder neue Aufgaben wie «Navigation» (vgl. Kap. 5.2 und Kap. 5.4). Dadurch werden die Profile der einzelnen Gesundheitsfachleute neu definiert, und dies muss in der jeweiligen Aus- und Weiterbildung berücksichtigt werden. Zudem gilt es den Trend zu stoppen, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende im Spital zunehmend mit administrativen Arbeiten belastet werden und der Anteil an patientennahen Tätigkeiten weiter abnimmt [24].

Die Schweiz bildet aktuell nur knapp die Hälfte des zukünftigen Bedarfs an Gesundheitsfachpersonen aus [25]. Einzelne Massnahmen des Bundes zur Förderung von Ausbildungsplätzen in der Medizin haben bereits zu einer Ausweitung der Studienplätze geführt, werden aber nicht ausreichen, um den prognostizierten Bedarf zu decken. Zudem ist darauf zu achten, dass sich die Zahl der weitergebildeten Fachärztinnen und -ärzte am Bedarf der Bevölkerung und nicht an jenem der Weiterbildungsstätten orientiert [8].

Auch für Pflegefachpersonen sind Lösungen zur Förderung von Ausbildungsplätzen nötig, dazu zusätzlich sozialverträgliche Jobangebote für Wiedereinsteigerinnen. Ausserdem muss definiert werden, welches Kompetenzniveau erforderlich ist, um eine qualitativ ausreichende Antwort auf den steigenden Pflegebedarf mit einer Zunahme an komplexen Pflegeleistungen und komplexen Krankheitsbildern zu geben. Verschiedene Studien haben einen Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsniveau der Pflegenden und der Patientensicherheit in Krankenhäusern gezeigt [26].

Darüber hinaus zeigen Versorgungsmodelle mit Integration von Advanced Nursing Practice verbesserte Gesundheitsoutcomes für Patientinnen und Patienten, für Populationen und im Hinblick auf gesundheitsökonomische Parameter. Daher ist es angezeigt, die Ausbildung von Advanced Practice Nurses (APNs) zu fördern, deren Etablierung im Gesundheitssystem der Schweiz durch gesetzliche Anpassungen zu ermöglichen und das Berufsbild so attraktiver zu gestalten.

4.5 Die notwendigen Daten für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung stehen zur Verfügung.

Das Gesundheitssystem braucht «Daten für Taten» [27]. Relevante Patientendaten sollten systematisch erfasst und für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt werden. Dabei kommt dem elektronischen Patientendossier eine zentrale Bedeutung zu. Die doppelte Freiwilligkeit (d. h. für die ambulanten Leistungserbringer und für die Patienten, was im Rahmen der Einführung nachvollziehbar war) ist so rasch als möglich abzuschaffen. Wer von der solidarischen Krankenversicherung profitieren möchte – und zwar sowohl als Patient wie als Ärztin –, sollte auch verpflichtet sein, die anfallenden Daten verfügbar zu machen. Selbstverständlich bilden der Schutz und die Sicherheit der Daten eine notwendige Voraussetzung für eine solche Massnahme.

Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass die Erfassung von Daten, die nur gesammelt, aber nicht ausgewertet werden, gestoppt wird.

4.6 Nicht mehr nötige Interventionen entfallen aus dem Leistungskatalog.

Der Leistungskatalog wird laufend um neue Interventionen erweitert, die wirksamer, zweckmässiger oder wirtschaftlicher als die bisher üblichen Interventionen sind. Aber praktisch nie kommt es dazu, dass eine der älteren Interventionen aus dem Leistungskatalog entfernt wird. Stattdessen kommt es zu einer Addition von Interventionen, und auch Behandlungen, die aufgrund von wissenschaftlicher Evidenz überholt sind, kommen weiter zur Anwendung.

Health Technology Assessment (HTA) ist der geeignete Ansatz, um medizinische Interventionen auf die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) hin zu überprüfen und gegebenenfalls in die Negativliste des Leistungskatalogs aufzunehmen. Die Aktivitäten des Bundes in diesem Bereich und jene des Swiss Medical Board sind zu intensivieren.

«Smarter Medicine»- bzw. «Choosing Wisely»-Listen bieten eine zusätzliche Möglichkeit, die Leistungserbringer auf obsoletere Interventionen aufmerksam zu machen. Diese sollten durch alle Gesundheitsfachleute genutzt und weiterentwickelt werden.

Ausserdem sollte es Fördermöglichkeiten geben für Forschungsprojekte, welche die Ziele, Aufgaben und Grenzen der Medizin respektieren und für die Gesundheit der Bevölkerung einen hohen Impact versprechen, für die Industrie jedoch unattraktiv sind.

4.7 Neue Vergütungsmodelle vermindern finanzielle Fehlanreize.

Das Krankenversicherungsgesetz bietet grundsätzlich Möglichkeiten, den adäquaten Einsatz medizinischer Interventionen zu überprüfen bzw. sicherzustellen. Allerdings scheinen sämtliche Beteiligte wenig motiviert, sich entsprechend zu engagieren.

Es braucht Anreizsysteme, die sowohl Unter- als auch Überversorgung verhindern. Dazu ist ein Vergütungssystem erforderlich, das sich am Massstab von Qualität, Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit und volkswirtschaftlichen Gesamtkosten orientiert und den neuen Kompetenz- und Aufgabenverteilungen gerecht wird.

Mit dem geplanten «Experimentierartikel» im Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird es möglich sein, neue, innovative Modelle, die sich im Ausland bereits bewährt haben, vorerst in örtlich und zeitlich begrenztem Umfang zu testen, z.B. die «Value-Based Insurance»: Versicherungen haben die Möglichkeit, die Rückerstattung für Behandlungen, die nachgewiesenermassen nur einen geringen oder keinen Wert haben, zu verweigern oder Behandlungskosten nur zu erstatten, falls diese zu einer Verbesserung der Gesundheit geführt haben (pay for performance). Wenn Patientinnen und Patienten auf solchen Behandlungen bestehen, müssen sie mehr bzw. alles selber bezahlen. Dies verlangt ein Klassifizierungssystem für Behandlungen sowie einen verbesserten Dialog zwischen Patient und Ärztin, in dem der Patient objektiv über den Nutzen einer Behandlung informiert wird. Klassifizierungssysteme existieren beispielsweise bereits in den USA (Choosing Wisely) und Grossbritannien (NICE). Tragbare Lösungen werden vermutlich nur auf einer freiwilligen Opt-in-Basis zu erreichen sein nach dem Motto «Ich wähle ein Angebot, das medizinische Dienstleistungen auf der Basis von «Choosing Wisely» bevorzugt und den Preis entsprechend anpasst».

Die Einführung des DRG- bzw. Fallpauschalensystems scheint nicht zu einer Reduktion des Kostenwachstums geführt zu haben, dies, weil die «base rate» stets angepasst und damit der Status quo kostenneutral abgebildet wurde. Auch zu dieser Massnahme formuliert der Avenir-Suisse-Bericht [14] bedenkenswerte Vorschläge:

- Mehr Transparenz bei den Subventionen: Der Vergabeprozess der sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen muss transparenter und fairer gestaltet werden, sei dies durch Ausschreibungen oder die explizite Zustimmung des jeweiligen kantonalen Parlaments.
- Aktiver Einbezug der Patientinnen und Patienten: Diese – also die Endkunden – sollen mitreden dürfen.
- Abschaffung der kantonalen Spitalisten: Schweizweit gültige Qualitätsstandards sollen die kantonalen Spitalisten ersetzen.

4.8 Der Bund legt eine Obergrenze für die Steigerung der Gesundheitsausgaben fest.

Der Bericht der Expertengruppe des Bundes nennt als erste und wichtigste Massnahme die «Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum» [15]. Die SAMW geht davon aus, dass sich eine solche Massnahme bei konsequenter Umsetzung des Triple-Aim-Konzeptes vermeiden lässt. Falls das Triple-Aim-Konzept jedoch nicht umgesetzt wird, ist eine Obergrenze für OKP-Gesundheitskosten (bzw. des Wachstums der Gesundheitskosten), wie sie bereits auch andere Länder kennen, die Ultima Ratio, um den multiplen Herausforderungen zu begegnen: Andere Bereiche in den Kantonsbudgets werden geschützt; für eine adäquate Aufteilung der Kosten sind alle Beteiligten an Transparenz interessiert; man muss sich weniger (oder gar nicht) um Feinjustierungen in Tarmed, DRG, Franchisen usw. kümmern. Viele Fehlanreize sind genau durch diese partiellen Massnahmen entstanden, die leicht zu umgehen waren, weil die Akteure nicht durch eine Obergrenze diszipliniert wurden.

Es ist der SAMW klar, dass die Einführung eines Kostendachs Ängste weckt und anspruchsvoll ist. Die Einführung eines Kostendachs ist eine Massnahme auf der Makroebene, führt jedoch zu Auswirkungen auf der Mikroebene, nämlich jener der Leistungserbringer. Gleichzeitig ist die SAMW überzeugt, dass es möglicherweise diesen äusseren Druck braucht, um Reformen in Gang zu bringen.

Selbstverständlich sind vor der Einführung eines Kostendachs Regeln für die Allokation und Priorisierung der Mittel aufzugleisen, und zwar unter Beteiligung aller Stakeholder. Die Expertengruppe hat in ihrem Bericht die Bedeutung des demokratisch legitimierten Diskurses und des phasenweisen Vorgehens unterstrichen, im Laufe dessen die Vertragspartner echte Chancen erhalten sollen, selber Regelungen zu treffen. Es kann sich auch nicht um Jahresziele handeln, sondern um Ziele für mehrjährige Perioden. Als Sofortmassnahme muss die Datenlage verbessert werden, insbesondere im ambulanten Bereich.

Ebenso ist sicherzustellen, dass unerwünschte Auswirkungen (z. B. Mengenausweitung; Rückgang notwendiger, jedoch unrentabler Eingriffe und Zunahme unnötiger, jedoch rentabler Eingriffe) rasch erkannt und korrigiert werden. Vor diesem Hintergrund kommt dabei der Versorgungsforschung eine zentrale Bedeutung zu, und es sollte eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, um diese zu etablieren und unterstützen. Ausserdem sollten Forschungsvorhaben ermutigt werden, die darauf abzielen, mit geringerem Aufwand die gleichen Gesundheitsziele zu erreichen.

5 Das Gesundheitssystem der Zukunft

Die Arbeitsgruppe der SAMW hat sich in einem Workshop vertieft damit auseinandergesetzt, wie ein nachhaltiges Gesundheitssystem auszusehen hätte. Die nachfolgende Beschreibung gibt Hinweise darauf, wo die Arbeitsgruppe im Vergleich zur heutigen Situation am ehesten Handlungsbedarf sieht – nämlich in folgenden Bereichen:

- Das medizinische Handeln orientiert sich auf einer übergeordneten Ebene am Triple-Aim-Konzept und auf der individuellen Ebene an Patientenpräferenzen und -erfahrungen.
- Das Gesundheitssystem ist in wenige Gesundheitsregionen unterteilt.
- Die gemeindenahere Gesundheitsversorgung erfolgt in «Gesundheitsstationen»; bei Bedarf steht Patienten Unterstützung durch Navigationsmodelle zur Verfügung.
- Die notwendigen Daten stehen zeitnahe zur Verfügung.

5.1 Umfeld/Kontext

Das Bildungssystem, das Sozialsystem, die Arbeitswelt, eine gut ausgebaute und intakte Infrastruktur sowie der Umweltschutz haben einen wesentlichen Anteil daran, dass die Menschen gesund sind und es möglichst lange bleiben. Prävention und Gesundheitsförderung haben einen hohen Stellenwert und tragen ebenfalls dazu bei, dass die Menschen länger gesund sind.

Das Gesundheitssystem kommt zum Einsatz, wenn ein Mensch krank ist. Es basiert auf dem Solidaritätsprinzip und ermöglicht allen Patientinnen und Patienten einen bedarfsgerechten Zugang zu notwendigen Leistungen. Zudem orientiert es sich an Zielen, und zwar einerseits an übergeordneten Zielen («Triple Aim») und andererseits an den Zielen des individuellen Patienten, der individuellen Patientin.

Eine gut funktionierende Versorgungsforschung liefert Kriterien für eine angemessene Gesundheitsversorgung, gibt Hinweise auf Fehlanreize und Interessenkonflikte und skizziert Massnahmen zur Steigerung der Qualität und Effizienz. Die Kosten von Gesundheitsleistungen sind transparent ausgewiesen. Neue therapeutische Ansätze und Gesundheitsdienstleistungen müssen nicht nur ihre Wirksamkeit, sondern auch ihre Kosten im Vergleich zu ihrem Nutzen ausweisen. Mit der Aufnahme neuer Interventionen in den Leistungskatalog werden gleichzeitig bisherige, nicht mehr nötige Interventionen daraus entfernt.

5.2 Strukturen

Die Strukturen haben sich an der demografischen Entwicklung und an der Migration als generellem Phänomen der Zukunft auszurichten. Die Bevölkerung hat sowohl Zugang zu wohnortnaher, niederschwelliger ambulanter Grundversorgung und gut erreichbarer stationärer Grundversorgung als auch zu spitzenmedizinischen Leistungen an universitären Standorten, und alle Bevölkerungsschichten sind darüber in geeigneter Form informiert. Dabei gilt das Subsidiaritätsprinzip:

- Wo *Selbsthilfe* möglich ist, kommt diese zur Anwendung.
- Häufige, ambulant zu behandelnde Gesundheitsprobleme werden in *Gesundheitsstationen* behandelt; diese sind zuständig für die «ambulante Medizin

des Häufigen». Eine Gesundheitsstation hat in der Regel das folgende Angebot: allgemeine innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Psychiatrie; Apotheke; Physiotherapie; ambulante Reha; Mütter- und Väterberatung; Spitex; Sozialdienst, Pro Senectute und Fahrdienst. Eine Gesundheitsstation ist zuständig für ca. 20 000 Patientinnen und Patienten.

- *Öffentliche und private Regionalspitäler* decken die «stationäre Medizin des Häufigen» ab; ihr Einzugsgebiet umfasst ca. 300 000 Patientinnen und Patienten.
- *Universitätsspitäler* befassen sich einerseits mit der «Medizin des Seltenen» und stellen andererseits die «Spitzenmedizin» sicher. Jede Gesundheitsregion besitzt ein Universitätsspital; dabei ist sichergestellt, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner in der Sprache ihres Wohnkantons angesprochen werden.

Auch den Alters- und Pflegeheimen kommt eine grosse Bedeutung zu. Sie sind Bestandteil des Systems und setzen bereits im sozialen Bereich an: Damit die Menschen möglichst lange ausserhalb des Gesundheitssystems leben können, müssen die nötigen Betreuungs- und Wohnsysteme für die älter werdende Bevölkerung vorhanden sein. Dieses Ziel verfolgt die von der Schweiz angenommene «Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health» [28] (siehe www.ageingsociety.ch). Ausgehend von einem funktionalen Verständnis der Gesundheit beschreibt die Strategie vier Handlungsfelder: 1) differenziertes Verständnis des Alters, 2) Anpassung des Gesundheitssystems an die Bedürfnisse älterer Menschen, 3) Entwicklung von langfristigen Pflegesystemen, und 4) Schaffung von altersfreundlichen Umgebungen. Für ein nachhaltiges Gesundheitssystem sind alle vier Bereiche wichtig. Zentral dabei ist die Einsicht, dass bei älteren Menschen nicht die vollständige Wiederherstellung der physischen Gesundheit («*Restitutio ad integrum*») das Ziel sein kann, sondern die Stabilisierung der Lebensqualität im Zusammenspiel mit der Umwelt. Durch Hilfsmittel (auch digitale Instrumente), vor allem aber durch die Gestaltung der Wohnräume sowie der Quartiere können eingeschränkte Funktionen kompensiert werden. Nicht nur das Gesundheitssystem ist hier also gefordert, sondern auch die Quartier- und Stadtplanung.

Die Strategie betont auch, dass die Alterung nicht bloss ein biologischer Prozess ist, sondern wesentlich ein sozialer: Alt werden wir auch, wenn sich unsere Umwelt rasch verändert und wir diese nicht mehr erkennen, verstehen und beherrschen. Entsprechend muss die Umwelt den Bedürfnissen einer alternden

Bevölkerung angepasst werden. Es braucht Angebote, die stufenlos von der Alterswohnung ohne und mit Betreuung bis zu Pflegeeinrichtungen, die temporär oder vollzeitlich in Anspruch genommen werden, bedarfsgerecht ein breites Spektrum abdecken.

5.3 Prozesse

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist niederschwellig: Dazu gehören sowohl Telefonberatung und Gesundheits-Apps als auch gemeindenahere Versorgungsmodelle für vulnerable Patientengruppen; häufig lassen sich damit Bagatellfälle zufriedenstellend erledigen. Falls angezeigt, erfolgt die Weiterleitung an eine Gesundheitsstation oder – in schwereren Fällen – an ein Regionalspital. Die Leistungserbringung erfolgt im Rahmen von integrierter Versorgung. Notfalldienst erfolgt in den Regionalspitälern, und zwar durch Mitarbeiter/-innen der Gesundheitsstationen.

Entscheidungen über alle medizinischen Interventionen (Diagnostik, Therapie, Rehabilitation) orientieren sich an den Bedürfnissen des Patienten bzw. der Patientin und sind ausserdem evidenzbasiert. Es ist Aufgabe der zuständigen Gesundheitsfachperson, gemeinsam mit dem Patienten, der Hilfe sucht, mittels eines bio-psycho-sozialen Assessments dessen Bedürfnisse und Ziele zu erfassen. Die übergeordneten Ziele geben gleichzeitig den Rahmen vor, innerhalb dessen der Patient Unterstützung erwarten darf und kann.

Daraus leitet sich ein individualisiertes Verständnis von Gesundheit ab, das sich nicht allein aus dem Biologischen ergibt, sondern im gemeinsamen Gespräch zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patientin immer wieder von Neuem erarbeitet werden muss. Entsprechend wichtig sind die Selbstreflexionsfähigkeit der erkrankten Person, die Kommunikationskompetenz der Gesundheitsfachleute, die angemessene Vergütung der Zeit für wiederholte Gespräche und die Kontinuität der auf Vertrauen basierenden Beziehung der Patientin zu ihren Betreuungspersonen.

In Abhängigkeit von den vereinbarten Zielen braucht es unterschiedliche Behandlungspfade (in gewissen Situationen kann auch «keine Behandlung» sinnvoll sein) sowie «abgestufte» Versorgungsniveaus von ambulanter bis zu hochspezialisierter Medizin. Leistungserbringer sind verpflichtet, einer Patientin immer Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung aufzuzeigen; diese sind im Patientendossier festgehalten. Zudem sollte die Möglichkeit bestehen, eine

Zweitmeinung einzuholen. Am Lebensende sollte ein Patient falls gewünscht und wo möglich zu Hause sterben können, sonst in einem würdevollen Rahmen innerhalb des Gesundheitssystems.

Durch interprofessionelle Zusammenarbeit wird die Qualität der Versorgung gesteigert und werden die Ressourcen effizienter genutzt. Bei komplexen Erkrankungen diskutiert und beschliesst ein interprofessionelles «Indikationenboard» – nach dem Beispiel der «Tumorboards» – die geeignete Therapie. Solche Indikationenboards führen jedoch nur dann zu einem sinnvollen Ergebnis, wenn mindestens ein Beteiligter die besprochene Person und deren Gesundheitsanliegen ausreichend kennt.

Patientendaten werden systematisch erfasst und stehen (unter Respektierung strenger Standards bezüglich Datenschutz und Datensicherheit) sowohl für die Behandlung als auch für die Forschung zur Verfügung. Alle Informationen und Entscheidungen sind an einem Ort abrufbar (elektronisches Patientendossier). Damit ist es einerseits möglich, Patientenerfahrungen und -präferenzen in Entscheidungen miteinzubeziehen (z. B. Sterben zuhause); andererseits bringt dies Transparenz ins Gesundheitssystem. Es besteht so eine Feedback-Schleife: Die Bedürfnisse und Anliegen der Patientinnen und Patienten werden an die Gesellschaft zurückgespiegelt.

Sowohl die übergeordneten als auch die individuellen Ziele sollten während des gesamten Behandlungsprozesses immer im Blickfeld bleiben. Es braucht sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten als auch auf Seiten der Leistungserbringer das Bewusstsein, dass «mehr» nicht in jedem Fall «besser» bedeutet. Bei der Betreuung chronisch Kranker oder multimorbider Patienten ist darauf zu achten, dass nicht jede Krankheit isoliert betrachtet vom entsprechenden Spezialisten angegangen wird, sondern das übergeordnete Ziel im Blickfeld bleibt, nämlich die Kranken dabei zu unterstützen, wieder mit sich selber im Einklang zu sein, ihre Krankheit und deren Auswirkungen im Alltag zu managen und somit letztlich das tun zu können, was ihnen in ihrem Leben wichtig erscheint.

5.4 Leistungserbringer

Die Leistungserbringung obliegt gut ausgebildeten, sozial kompetenten Gesundheitsfachpersonen, denen genügend Zeit für die Interaktion mit den ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht, die ein interprofessionelles Rollenverständnis haben und die dafür sorgen, dass die für das Gesundheitswesen verfügbaren Mittel sinnvoll eingesetzt werden.

Um der Schweizer Bevölkerung eine Orientierung im Gesundheitssystem zu ermöglichen, steuern «Navigatorinnen» bzw. «Navigatoren» den Zugang zu Gesundheitsleistungen; dies kann Screeninguntersuchungen für gesunde Personen oder die Begleitung durch den gesamten Behandlungspfad für Patienten betreffen. Diese «Navigatoren» kennen das Gesundheitssystem, stehen dem Patienten beziehungsmässig am nächsten und können Diagnosen und Behandlungsoptionen mit dem Patienten besprechen. Auch wenn der frühere Hausarzt als Vorbild dient, ist die Rolle der Navigatoren nicht notwendigerweise an eine Ärztin oder einen Arzt gebunden. Je nach Aufgabengebiet können geschulte Laien oder Sozialarbeiter Navigatorenfunktionen zu gesundheitsfördernden Leistungen übernehmen. Der Einsatz gut ausgebildeter Pflegefachpersonen (Advanced Practice Nurses oder spezialisierte Pflegefachpersonen) zeigt positive Ergebnisse bei der Navigation chronisch kranker Personen [29].

Unter den neuen interprofessionellen und effizienten Versorgungsmodellen sollten sich insbesondere solche etablieren, welche Advanced Practice Nurses (APN) in der Akut-, Primär- und Langzeitpflege einsetzen. Solche Versorgungsmodelle unterstützen die wirtschaftliche Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme, indem sie Krankenhaus- und Notfallbesuche reduzieren, Krankenhausaufenthalte verkürzen und die Inanspruchnahme preiswerterer und bedarfsgerechterer Gesundheitsleistungen ermöglichen. Zusätzlich zu den Kosteneinsparungen hat sich gezeigt, dass die Pflege durch APNs zu einer besseren Gesundheit der Patienten und einer höheren Versorgungszufriedenheit führt, dies namentlich bei besonders vulnerablen Patientengruppen [30].

5.5 Krankenversicherer

Mit dem «Experimentierartikel» im KVG ist es möglich, neue, innovative Modelle, die sich im Ausland bewährt haben, vorerst in örtlich und zeitlich begrenztem Umfang zu testen.

5.6 Patientinnen, Patienten und Versicherte

Die Bevölkerung besitzt eine hohe Gesundheitskompetenz, das heisst, Gesunde und Kranke sind fähig, sich im Gesundheitssystem adäquat zu bewegen und mitzubestimmen, und sie sind sich der finanziellen Auswirkungen ihrer Entscheidungen bewusst. Die Patientenautonomie ist grundsätzlich ein Abwehrrecht und nicht ein Anspruchsrecht: Patientinnen und Patienten können sich nach Aufklärung selbstbestimmt für oder gegen eine vorgeschlagene Therapie entscheiden. Sie haben aber keinen Anspruch darauf, dass Untersuchungen oder therapeutische Massnahmen durchgeführt werden, falls diese medizinisch nicht indiziert sind.

Sowohl gesunde als auch kranke Menschen verfügen über Informationen und Handlungsmöglichkeiten, um ihre eigene Gesundheit zu stärken. Bildungsmassnahmen befähigen sie, aus den zunehmend verfügbaren Informationen die relevanten auszuwählen, korrekt zu interpretieren und optimal zu nutzen. Das grosse Potenzial umfänglicher Datenanalysen und künstlicher Intelligenz zur Verbesserung des medizinischen Angebotes gilt es besonnen und mit Mass für entsprechend geeignete Zwecke einzusetzen. Künstliche Intelligenz ist kein Ersatz für selbstgewählte Lebensentwürfe und autonome Entscheidungen. Sie hat aber das Potenzial, informierte Entscheidungen durch das Bereitstellen von relevanten Informationen zu unterstützen.

Prämienzahlende, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige verfügen über eine Organisation, die systemrelevant ist – analog den Organisationen im Umweltbereich. Diese Organisation vertritt die Interessen ihrer Mitglieder wirksam und ist, da sie referendums- wie auch initiativfähig ist, eine ernstzunehmende und nicht wegzudenkende Macht in der Gesundheitspolitik.

5.7 Anreizsystem

Finanzielle Fehlanreize und exzessive Preise sind minimiert. Stationäre und ambulante Leistungen werden nach denselben Regeln finanziert. Eine einheitliche Finanzierung führt zu einem Abbau des Überangebots.

Die ambulante Versorgung erfolgt im Rahmen der integrierten Versorgung. Viele Studien zeigen (auch für die Schweiz), dass solche Modelle im Vergleich zu Standardversicherungen mit freier Arztwahl sehr kosteneffizient sind.

Jede medizinische Leistung ist mit einem Preisschild versehen; dies ermöglicht Kostentransparenz und angemessene Entscheidungen. Auch die Daten zur Qualität der Leistungen werden verständlich aufbereitet und angeboten.

6 Literatur

- [1] Scholer M.: «Wenn wir so weitermachen, fahren wir das System an die Wand.» Interview mit Daniel Scheidegger, dem neuen SAMW-Präsidenten. Schweiz. Ärztezeitung 2017;98:495–7.
- [2] Gutzwiller F., Paccaud F.: **Das Schweizerische Gesundheitswesen: Struktur und Aufbau.** In: Gutzwiller F., Jeanneret O. (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin. Public Health, Verlag Hans Huber, Bern 1996, S. 235.
- [3] Bundesamt für Statistik: **Entwicklung der Gesundheitsausgaben.** www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.assetdetail.4022099.html
- [4] Bundesrat: **Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.** Bericht in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer vom 22.03.2013 (13.3250 «Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen»). Bern 2017.
- [5] OECD/WHO: **OECD Reviews of Health Systems: Switzerland.** OECD Publishing 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>
- [6] gfs.bern: **Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015».** Studie im Auftrag des BAG. Bern 2016.
- [7] Merçay C. et al.: **Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030.** Obsan Bericht 71. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel 2016.
- [8] SAMW: **Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten.** Positionspapier. Bern 2016.
- [9] WHO. **The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel** [Internet]. WHO. 2010 [cited 2016 May 11]. www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/
- [10] SAMW: **Nachhaltige Medizin.** Positionspapier, Basel 2012.
- [11] Callahan D.: **Sustainable Medicine.** Project Syndicate, January 2004 www.project-syndicate.org/commentary/sustainable-medicine?barrier=accesspaylog
- [12] Hastings Center (Hrsg.): **The Goals of Medicine.** Setting New Priorities. Hastings Center Report 1996.
- [13] SAMW/Akademien der Wissenschaften Schweiz: **Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz.** Roadmap. Basel/Bern 2013.
- [14] Cosandey J. et al.: **Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patienten-souveränität, weniger «Kantönligest».** Avenir Suisse, Zürich 2018.
- [15] Eidg. Departement des Innern. **Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates.** Bern 2013.
- [16] Diener V. et al. (Expertengruppe): **Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.** Bern, 2017. www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/Kostendämpfung/kostendaempfungsmassnahmenbericht-expertengruppe-24082017.pdf
- [17] Luhmann N.: **Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1987.
- [18] Sigrist S. et al. Think Tank W.I.R.E. (Hrsg.): **Hacking Healthcare. Das Gesundheitssystem verstehen und weiterdenken.** Verlag NZZ, Zürich 2015.
- [19] Stauffacher W., Bircher J.: **Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin».** Schwabe-Verlag, Basel 2002.
- [20] United Nations General Assembly: **Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development.** New York 2015.
- [21] www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx

- [22] Whittington J. W. et al: **Pursuing the Triple Aim: The first seven years.** *Milbank Quarterly*. 2015; 93: 263–300.
- [23] SAMW: **Medizin und Ökonomie – wie weiter?** Positionspapier. *Swiss Academies Communications* 2014; 9: Nr. 4.
- [24] Meyer B. et al.: **Administrativer Aufwand für Ärzte steigt weiter an.** *Schweiz. Ärztezeitung* 2016; 97: 6–8.
- [25] BAG, GDK und OdA Santé (Hrsg.): **Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016.** Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. Bern 2016.
- [26] Aiken L. et al.: **Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study.** *Lancet* 2014; 383: 1824–30.
- [27] Probst-Hensch N. et al.: **Im Gesundheitssystem braucht es Daten für Taten.** *SAMW-Bulletin* 2013; Nr. 3: 1–4.
- [28] WHO (Hrsg.): **Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health.** Genf 2017.
- [29] McBrien K. et al.: **Patient navigators for people with chronic disease: A systematic review.** *PLOS One* 13(2), 2018.
- [30] Newhouse R. P. et al.: **Advanced Practice Nurse outcomes 1990–2008: A systematic review.** *Nursing Economic* 2011; 29 (5): 230–51.

Anhang: Roadmap

Das Positionspapier skizziert und erläutert acht übergeordnete Massnahmen, die die SAMW für die nachhaltige Entwicklung des Schweizer Gesundheitssystems als sinnvoll und notwendig erachtet. Die nachfolgende Roadmap macht Vorschläge, in welchen Teilschritten und von wem die einzelnen Massnahmen umzusetzen sind. Dabei gilt es Folgendes zu beachten:

- Tendenziell ist die Zahl notwendiger Einzelmassnahmen unüberschaubar; die Roadmap nennt deshalb vor allem solche, bei denen die SAMW direkt oder indirekt auf deren Umsetzung Einfluss nehmen kann. Dies bedeutet nicht, dass andere Massnahmen weniger wichtig wären.
- Alle Akteure des Gesundheitssystems sind eingeladen, für sich jene Massnahmen zu bezeichnen und umzusetzen, die für sie relevant sind und die die Implementierung des Triple-Aim-Konzeptes unterstützen.
- Der Zeithorizont ist angesichts der Dynamik im Gesundheitssystem bewusst kurz angesetzt.
- Bei allen Massnahmen ist eine Begleitforschung (im Sinne des «Learning Health System») angezeigt; nur so lässt sich nachweisen, ob bzw. welchen Nutzen die entsprechende Massnahme tatsächlich hat.

1. Die Akteure des Gesundheitssystems orientieren sich am Triple-Aim-Konzept.

Wann?	Was?	Wer?
2019	Erarbeitung einer Publikation, in der das Triple-Aim-Konzept vorgestellt und anhand von Beispielen erläutert wird	→ SAMW
2020	Durchführung einer Tagung, in der das Triple-Aim-Konzept den relevanten Akteuren vorgestellt und anhand von Beispielen erläutert wird	→ SAMW
	Lancierung von Triple-Aim-Pilotprojekten in den verschiedenen Settings (Spitäler, Gruppen- und Einzelpraxen, Gesundheitsregionen)	→ Kantone; H+ und/oder einzelne Spitäler; Ärztetzwerke; Städte- und Gemeindeverband
	Ausarbeitung eines Vorschlags zur Schaffung eines eidgenössischen Gesundheitsgesetzes	→ SAMW
Ab 2021	Aufnahme von «visionary leaders» als Einzelmitglieder in den Senat	→ SAMW
	Jährliche Tagung zur Darstellung von «Best Practice»-Modellen bei der Umsetzung des Triple-Aim-Konzeptes	→ SAMW
2023	Vorlage zur Schaffung eines eidgenössischen Gesundheitsgesetzes	→ Bundesrat

2. Die Kantone schliessen sich zu wenigen Gesundheitsregionen zusammen.

Wann?	Was?	Wer?
2020	Auftrag für eine Studie, die bereits existierende kantons- übergreifende Zusammenschlüsse im Gesundheitsbereich darstellt sowie rechtliche und organisatorische Fragen klärt	→ SAMW
2021	Durchführung von «Experimenten» in einer Versorgungsregion	→ Kantone; Krankenversicherungen

3. Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz beginnt bereits im Kindesalter.

Wann?	Was?	Wer?
2019	Beitritt zur «Allianz Gesundheitskompetenz»	→ SAMW; weitere Akteure
	Durchführung eines Austauschs mit den relevanten Akteuren	→ Allianz Gesundheitskompetenz
2020	Identifikation von «Best Practices» in den verschiedenen Settings (Kitas, Schulen, Jugendorganisationen, Ausbildung)	→ Allianz Gesundheitskompetenz
	Konzipierung eines Pilotprojekts zusammen mit einem Kanton	→ Allianz Gesundheitskompetenz; Careum; Kanton
	Ausarbeitung von evidenzbasierten Hilfsmitteln für Patienten und Fachpersonen	→ Swiss Medical Board; Trägerverein «smarter medicine»

4. Die Schweiz kennt den Bedarf an Gesundheitsfachleuten und richtet die Anzahl Ausbildungsplätze danach aus.

Wann?	Was?	Wer?
2020	Aufbau eines nationalen Steuergremiums im Hinblick auf die Ausbildung von Gesundheitsfachleuten (vgl. SAMW-Positionspa- pier sowie Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»)	→ BAG
	Finanzielle Unterstützung von innovativen neuen Versorgungs- modellen in der Startphase	→ Kantone, je nachdem in Zusammenarbeit mit anderen Partnern
2021	Setzen von positiven und negativen finanziellen und anderen Anreizen für fehlversorgte Regionen und Fachdisziplinen	→ Kantone

5. Die notwendigen Daten für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung stehen zur Verfügung.

Wann?	Was?	Wer?
2020	Ausarbeitung von Vorschlägen zur langfristigen Finanzierung von Versorgungsforschung	→ SAMW
	Prüfen, inwiefern Rahmenbedingungen des Swiss Personalized Health Network (SPHN) zum Umgang mit Daten auch für das elektronische Patientendossier (EPD) relevant sein könnten	→ SAMW
2022	Prüfen, inwiefern in einem zu schaffenden eidgenössischen Gesundheitsgesetz (siehe Massnahme 1) die gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden könnten <ul style="list-style-type: none"> - für die Finanzierung von Versorgungsforschung - für die Verwendung von Gesundheitsdaten (inkl. KVG-Daten) - für die Schaffung eines Trust-Center, das die Gesundheitsdaten gesetzeskonform für die (Versorgungs)Forschung aufbereitet und verwaltet 	→ Bundesrat
	Anpassung des Krebsregistrierungsgesetzes im Hinblick auf zusätzliche Register	→ Parlament
2023	Revision des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG): Abschaffung der «doppelten Freiwilligkeit»; Datenstandardisierung (→ Brauchbarkeit für Register und Qualitätssicherung)	→ Parlament

6. Nicht mehr nötige Interventionen entfallen aus dem Leistungskatalog.

Wann?	Was?	Wer?
2019	Veröffentlichung von HTA-Berichten	→ BAG; Swiss Medical Board
2020	Vereinfachung des Verfahrens zur Entfernung von Interventionen aus dem Leistungskatalog	→ BAG
	Erhöhung der Kadenz zur Veröffentlichung von HTA-Berichten	→ BAG
	Aufbereitung der Ergebnisse von HTA-Berichten für Fachpersonen und Patienten	→ Swiss Medical Board
2022	Empfehlungen aus «smarter medicine»-Listen haben Konsequenzen (d. h. führen u. U. zur Entfernung der entsprechenden Intervention aus dem Leistungskatalog).	→ BAG

7. Neue Vergütungsmodelle vermindern finanzielle Fehlanreize.

Wann?	Was?	Wer?
2020	Darstellung der verschiedenen Modelle von integrierter Versorgung	→ fmc
	Lancierung von Pilotprojekten mit neuen Vergütungsmodellen, welche die der aktuellen Tarifstruktur (Tarmed, DRG) inhärenten Fehlanreize reduzieren	→ Tarifpartner
	Einführung der monistischen Finanzierung im Gesundheitssystem im Rahmen einer KVG-Revision	→ Parlament
2021	Einführung des «Experimentierartikel» im Rahmen einer KVG-Revision	→ Parlament
2022	Prüfen einer Abschaffung der Einzelleistungstarife	→ EDI

8. Der Bund legt eine Obergrenze für die Steigerung der Gesundheitsausgaben fest.

Wann?	Was?	Wer?
2020	Erarbeitung von empirischen, gesetzlichen und ethischen Grundlagen im Hinblick auf die allfällig notwendige Festlegung einer Obergrenze	→ BAG

Der Bericht der Expertengruppe über «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» hat bereits sorgfältig formulierte Vorschläge gemacht, in welcher Form und unter welchen Bedingungen diese Massnahme umgesetzt werden könnte.